

# FP 470 Funktionsattest - Knæ

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

## Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten:

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_

Skadenummer: \_\_\_\_\_

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 6a og 6b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_   
 ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

<b>1</b>	a) Er du patientens alment praktiserende læge?  b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	  Hvis <b>JA</b> , hvilken? ..... .....
<b>2</b>	Diagnose angivet på dansk og latin		1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:
<b>3</b>	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?  Hvis <b>NEJ</b> , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden?  ..... (dag/md/år)
<b>4</b>	a) Er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?  <b>Hvis JA til punkt 4 a) besvares spørgsmål b)</b>  b) Hvilken dato er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dato:..... (dag/md/år)  Arten af senest anvendt behandling:
<b>5</b>	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår? (kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)

		Med hvilket resultat?	
<b>6</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra knæ?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
	b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
<b>7</b>	a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares <b>kun</b> for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
	d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?		
<b>8</b>	Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?  <b>Besvares kun hvis patienten i punkt 7 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres.</b>		
<b>9</b>	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?		
<b>10</b>	Hvilket knæ er tilskadekommet?	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
<b>11</b>	a) Er der, eller har der efter det oplyste været aflåsningstilfælde?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	
	<b>Hvis JA til punkt 11 a) besvares nedenstående.</b>		
	b) Hvor ofte?		
	c) Hvornår sidst?		
	d) Forårsager de arbejdsafbrydelse?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvor længe?
	e) Har de medført sengeleje?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	
f) Har de medført anden behandling?			

		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilken?		
<b>12</b>	a) Er der foretaget artroskopi af knæet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvornår?..... (dag/md/år) Behandlingssted?		
	b) Er der foretaget ledbåndskonstruktion i knæet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår?..... (dag/md/år) Behandlingssted?		
	c) Er patienten henvist til yderligere vurdering?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår henvist?..... (dag/md/år) Behandlingssted?		
	d) Er der planlagt operation af patienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår forventes operation?..... (dag/md/år) Behandlingssted?		
<b>13</b>	Er der skurren i knæet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
<b>14</b>	Er der ømhed?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor?		
<b>15</b>	Er knæleddets bevægelighed normal?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes: Strækning/bøjning (flexion) (norm 0-140°)	Højre .....	Venstre .....
<b>16</b>	a) Er der abnorm bevægelighed i form af sideløshed?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
	b) Er der abnorm bevægelighed i form af skuffeløshed?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
<b>17</b>	Er underbenets stilling forandret (fx kalveknæ, hujulben)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilken side og hvorledes?		

<b>18</b> Bevæges benets andre led frit?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes: Hvad er årsagen?
<b>19</b> Er der målbart muskelsvind:	NEJ JA	Hvis <b>JA</b> , angives omfangsmål i cm:
a) af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Højre                      Venstre
b) af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt cm) ..... Omfangsmål (målt cm) ..... .....
<b>20</b> Er der bløddelshævelse af knæled?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:
a) Omfang af knæled		Højre                      Venstre
		Omfangsmål (målt i cm) ..... .....
<b>21</b> a) Er der ansamling i højre knæ? b) Er der ansamling i venstre knæ?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>22</b> Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor?
<b>23</b> Er gangen normal?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes: Hvorfor ikke? (f.eks. haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?
<b>24</b> Eventuelle bemærkninger?		
<b>25</b> Undersøgelsens dato		Dato:..... (dag/md/år)

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.

De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.

Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

<p>Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:</p> <p>.....</p> <p>Dato                      Lægens underskrift</p> <p><b>Nøjagtig adresse (stempel):</b></p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:</p>
--	---

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser.